

Comparación de Dos Tratamientos Conductuales en la Conducta de Juego Patológico, Respuestas de Ansiedad y Depresión.

Montoya, R.,¹ Siabatto, T.² y García, Y.*

Resumen

El objetivo fue identificar el efecto diferencial en la conducta de juego patológico de dos tratamientos conductuales para determinar las características de tratamiento más efectivas en la disminución de dicha conducta en jugadores patológicos, mediante un diseño de línea de base múltiple no concurrente a través de participantes. Las condiciones de tratamiento fueron Exposición en Vivo con Prevención de Respuesta (EVPR) y Exposición en Vivo con Prevención de Respuesta más Desensibilización Sistemática (EVPR + DS). Varias medidas dependientes fueron evaluadas como duración e intensidad del juego, ansiedad subjetiva, depresión a través de escala BDI y ansiedad mediante BAI. En esta investigación participaron 4 hombres (entre los 33 y 59 años), dos de ellos pertenecientes a EVPR en cuatro fases y dos a EVPR + DS en cinco fases. Los resultados demostraron que la estrategia EVPR + DS tiene un mayor efecto en la disminución de las características del juego patológico.

Palabras Clave: Juego Patológico, Exposición en Vivo con Prevención de Respuesta, Desensibilización Sistemática, Ansiedad y Depresión.

Introducción

Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997), citado en Ruíz- Pérez, (2009) definen el juego patológico como “... la incapacidad del jugador para controlarse y por la alteración que se produce en áreas significativas de su vida (familia, amistades, trabajo, etc.), de manera que el juego se convierte en el centro de la vida del sujeto” (p. 9). Muñoz-Molina (2008) parten de la definición de juego patológico de Ratelle, Vallerand Mageau Rousseau y Provencher (2004), específicamente ellos lo definen como “la incapacidad de controlar el deseo de apostar, lo que puede generar como consecuencia la destrucción de todo el capital económico, afectivo y social de una persona, afectando por supuesto su entorno familiar” (p. 151).

De manera específica, y siguiendo los componentes propuestos en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995; Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1999), el juego patológico se engloba en los trastornos del control de los impulsos no clasificado en otros apartados, y reúne aspectos como preocupación creciente por jugar, necesidad de aumentar la apuesta para conseguir la excitación deseada, fracaso en resistir el impulso de jugar,

¹ Tesista, Maestría de Psicología Clínica, Fundación Universitaria Konrad Lorenz

² Tesista, Maestría de Psicología Clínica, Fundación Universitaria Konrad Lorenz

* Director Tesis, Maestría de Psicología Clínica, Fundación Universitaria Konrad Lorenz

intentos frustrados de dejar el juego e irritabilidad subsiguiente, uso del juego para escapar de problemas en otros órdenes de la vida, volver al día siguiente para recuperar pérdidas anteriores y mentir a familiares, autoridades o terapeutas, entre otros aspectos. (Ruíz- Pérez, 2009)

En una revisión crítica, Fernández- Montalvo y Castillo (2004), indican que la tasa de prevalencia del juego patológico oscila entre el 2 y 3% de la población adulta, resaltando que es bastante más frecuente en hombres que en mujeres y que se distribuye, a diferencia de otras conductas adictivas, por todas las clases sociales y por todas las edades. A nivel mundial se han encontrado los siguientes porcentajes de prevalencia: Noruega entre 1.6% y 2% (Wenzel, Oren y Bakken, 2008); Canadá, 2,22% (Huang y Boyer, 2007); Estados Unidos y Canadá, del 1% a 2% (Shaffer, Hall y Vander, 1997); y Hong Kong, el 1,8% (Lai, Ip, y Mc Lee, 2011).

Para el caso de Colombia varios autores han llamado la atención sobre el hecho de la ausencia de estadísticas y estudios concluyentes que logren mostrar el tamaño del problema (Bahamón, 2006; Ballesteros, Novoa, Caycedo y García, 2006; Cano y Pérez, 2010; Muñoz-Molina, 2008; Ruíz- Pérez, 2009). Sin embargo se necesita más investigación en esta área, particularmente en población Colombiana, uno de los objetivos de esta investigación es cubrir ese espacio.

Oakley y Adams (2004), realizaron una revisión meta-analítica de los tratamientos psicológicos y farmacológicos para el juego patológico. Estos autores concluyen que las intervenciones conductuales como por ejemplo la desensibilización imaginaria y las intervenciones cognitivo-conductuales son probablemente eficaces, en el corto plazo, para el tratamiento de la ludopatía.

La técnica de exposición en vivo con prevención de respuesta se encuentra dentro de las estrategias de exposición-extinción de la aproximación conductual. Estas estrategias incluyen la presentación de algún aspecto de los juegos de azar a la persona, pero previniendo que la persona se dedique a la conducta de juego deseado. La lógica detrás de esta técnica es similar a los modelos de desensibilización de la ansiedad. En el caso de los juegos de azar cuando son una conducta problemática, se espera que el deseo de jugar se extinga en lugar de la ansiedad, como ocurre con el procedimiento de desensibilización (Ciarrocchi, 2001).

En resumen, las técnicas de EVPR y DS son estrategias conductuales que han mostrado eficacia en el corto plazo en varias revisiones teóricas (Echeburúa, et al., 1996; Hodgins y Peden, 2008; McConaghy, 1983, citado por Oakley y Adams, 2004). (Ciarrocchi, 2001), (Echeburúa, Fernández- Montalvo, Báez, 1999), (Echeburúa y cols, 2000). Sin embargo, no hay investigaciones en donde se comparen los resultados entre la EVPR y la EVPR+DS.

También se puede observar, a través de la revisión teórica una comorbilidad alta entre ludopatía con ansiedad y depresión que a su vez puede incrementar la conducta de juego en los apostadores. En varios de los artículos se hacen recomendaciones acerca de profundizar

en el estudio de los componentes que inciden en el cambio de la conducta así como en los procedimientos mencionados.

Metodología

Para esta investigación se contó con cuatro hombres adultos (entre los 33 y 59 años) con nivel académico mínimo de bachillerato. Los criterios de inclusión principales fueron: a) en el momento actual estuvieran jugando, b) no estuvieran en algún tipo de intervención para el juego patológico, y c) haber realizado un contacto inicial con la Fundación Colombiana de Juego Patológico de Bogotá, donde se hubiera especificado el diagnóstico de conducta de Juego Patológico

Los instrumentos utilizados fueron el South Oaks Gambling Screen SOGS se tuvieron en cuenta mediciones cuantitativas realizadas a cada uno de los sujetos pertenecientes a cada grupo. Es un cuestionario que consta de 16 ítems, el Inventario de Depresión de Beck (BDI – II) el cual consta de 21 ítems que permiten determinar síntomas depresivos y la Escala para Ansiedad de Beck (BAI) se trata de un cuestionario auto aplicado de 21 ítems. Para esta investigación se utilizó un diseño de línea de base múltiple no concurrente a través de sujetos con medidas Pretest – Posttest (Harvey, May y Kennedy, 2004)

En el procedimiento se tuvieron dos grupos:

Grupo 1: Condición 1 (C1), Exposición en Vivo con Prevención de Respuesta (EVPR) con Pre-Test (SOGS, BDI, BAI). Intervención (Fase 1. Sin Dinero y con un Terapeuta Dentro del Casino, Fase 2, Sin Dinero y con un Terapeuta Semi-Presente (Fuera del Casino). Fase 3, Sin Dinero y Solo (sin terapeuta). Fase 4, Con Dinero y Solo (sin terapeuta).

Grupo 2: Condición 2 (C2), Exposición en Vivo con Prevención de Respuesta con Desensibilización Sistemática (EVPR + DS) con Pre-Test (SOGS, BDI, BAI) Intervención (Fase 1. Aplicación del Procedimiento Conductual de Desensibilización Sistemática Imaginaria y Relajación Muscular Progresiva de Jacobson Fase 2. Sin Dinero y con un Terapeuta Dentro del Casino, Fase 3, Sin Dinero y con un Terapeuta Semi-Presente (Fuera del Casino). Fase 4, Sin Dinero y Solo (sin terapeuta). Fase 5, Con Dinero y Solo (sin terapeuta).

En el Post-tratamiento, una semana después de haber terminado el tratamiento se aplicaron a ambos grupos las escalas de ansiedad y depresión (BAI y BDI). Durante el proceso se garantizó la confidencialidad de los datos y los participantes. Se utilizaron inicialmente nombres ficticios y luego se les asignó un número de sujeto (s) al azar. Se cumplieron estrictamente los criterios de inclusión y exclusión. A los participantes seleccionados se les aclaró el derecho a renunciar voluntariamente en cualquier momento a la investigación sin que esto les generara alguna consecuencia negativa. Cabe aclarar que al terminar la investigación, se dispuso de un tratamiento complementario integral para los participantes, posterior a la investigación, que consistió en 5 sesiones individuales, en donde se utilizaban estrategias adicionales para la eliminación de la conducta de juego.

Resultados

Duración: Con respecto a la condición 1 el sujeto 1 presentó conducta de juego el 63% del total de las sesiones, por su parte, el sujeto 3 jugó el 23% de los días de intervención, (aumento del 69% en el sujeto 1 y 18% en el sujeto 2 frente a la línea de base). En la condición 2, durante los 20 días de intervención, el sujeto 4 no presentó conducta de juego y el sujeto 2 jugó el 31% de los 20 días de intervención. Luego de 8 días de haber terminado la intervención, se realizó un seguimiento, donde el sujeto 1 jugó un 38%. Así mismo, el sujeto 3 jugó el 50% de los 8 días posteriores a la intervención. En general, el sujeto 1 no evidenció ningún cambio en la variable de duración de juego con respecto a la línea de base, mientras que el sujeto 3 presentó una disminución del 14%. En la condición 2 (EVPR + DS), ninguno de los dos participantes presentó conducta de juego luego de los 8 días de haber terminado el tratamiento.

Intensidad: En relación a la intervención, el sujeto 1 presentó un aumento del 195% de dinero apostado con respecto a la fase de línea de base. Así mismo, el sujeto 3, presentó un aumento del 40%. En la condición 2 (EVPR + DS), el sujeto 4 no presentó conducta de juego durante la fase de intervención, con una extinción total y el sujeto 2 presentó una disminución en la cantidad de dinero gastado, del 67%. Finalmente, al realizar el seguimiento, el sujeto 1 aumento su conducta de juego en un 66% y el sujeto 3 si tuvo una disminución del 43% con respecto a la línea de base. Con respecto a la condición 2 (EVPR + DS), al realizar el seguimiento, ninguno de los dos participantes presentó conducta de juego.

Unidad de Ansiedad Subjetiva (USA's): Durante la intervención, el sujeto 1 mantuvo su reporte en el máximo nivel (10), el sujeto 3 no reportó ansiedad subjetiva, el sujeto 1 presentó un aumento de ansiedad del 15% con respecto a la línea de base, y el sujeto 3 un 57%. En la condición 2 (EVPR + DS), el sujeto 4 mostró disminución completa de su nivel subjetivo de ansiedad, y el sujeto 2 mostró una disminución del 20% comparado con la línea de base. Durante el seguimiento, ambos sujetos de la condición 1 (EVPR), aumentaron la ansiedad subjetiva, y en la condición 2 (EVPR + DS) no reportaron medidas de ansiedad subjetiva.

Depresión: Ambos sujetos de la condición 1 (EVPR) presentaron una puntuación igual a depresión leve. Durante la intervención el sujeto 1 se mantuvo en el rango leve de depresión con un aumento de 38%. Durante la intervención, el sujeto 3 disminuyó el nivel depresivo un 45% ubicándose en un rango de mínima depresión. Respecto a los participantes de la condición 2 (EVPR + DS), el sujeto 4 presentó una puntuación pretest de 23 que corresponde a una depresión moderada. Durante la intervención disminuyó un 87% ubicándose en un rango mínimo. Por su parte el sujeto 2 inicialmente evidenció un nivel depresivo grave, aumentando un 13% durante la intervención. Durante el

seguimiento, los cuatro participantes disminuyeron notablemente la sintomatología depresiva, ubicándose todos en el rango mínimo.

Ansiedad: Ambos participantes de la condición 1 (EVPR) presentaron un bajo nivel de ansiedad durante el pretest. Durante la intervención, el sujeto 1 aumentó su nivel un 54% y el sujeto 3, disminuyó un 44%. En la condición 2 (EVPR + DS), el sujeto 4 mostró ansiedad severa inicialmente y una disminución del 69% durante la intervención. El sujeto 2 presentó una puntuación equivalente a ansiedad severa (56 puntos) y disminuyó 46% durante la intervención. Luego del seguimiento, 3 de los 4 participantes, disminuyeron los síntomas de ansiedad, el sujeto 1 fue el único que se mantuvo estable respecto al pretest.

Discusión

Los resultados de esa investigación corroboran que la estrategia de intervención de exposición en vivo con prevención de respuesta más desensibilización sistemática (EVPR + DS) tiene un mayor efecto en la disminución de las características de intensidad y duración del juego patológico. Por otro lado, las respuestas de ansiedad y depresión, evidenciaron cambios significativos aunque fueron más evidentes en los niveles de depresión.

Los resultados muestran que los participantes (S1 y S3) de la condición 1 (EVPR) durante la intervención, tuvieron resultados bastante diferentes en cuanto a las horas de juego. El sujeto 1 incrementó el número de horas de juego, la cantidad de dinero apostado y los niveles subjetivos de ansiedad, durante la intervención y en el seguimiento mostró resultados similares a los de la línea de base, mientras el sujeto 3 fue más constante al tener menos variación respecto a los valores de línea de base en cuanto al número de horas de juego y en la cantidad de dinero apostado durante las tres fases. Estos datos muestran, como lo argumenta Echeburúa y cols. (1996), que las diferencias entre individuos que presentan juego patológico parecen ser menos predecibles, dado que existen otras variables familiares e individuales que modifican diferencialmente el tipo de conducta de juego. Sin embargo, los resultados en de esta condición (EVPR) no concuerdan con las investigaciones anteriores (por ejemplo Echeburúa y cols., 1996 y Echeburúa et al., 1999) En general, se puede argumentar que la poca efectividad de esta intervención (solamente usando la técnica EVPR) en la reducción del juego en el participante 1 se debe en parte al poco control de variables, como nivel emocional y familiar. Con respecto a la condición 2 de tratamiento (EVPR + DS), en la fase de intervención y seguimiento de esta condición se puede observar que para los dos sujetos hubo reducciones significativas en las variables de horas de juego, dinero apostado, niveles de ansiedad, así como en las escalas de depresión y ansiedad. El sujeto 2 mostró una reducción gradual durante la intervención con respecto a la línea de base. En general, se observa que ambos participantes de esta condición, disminuyeron su conducta de juego hasta llegar a la extinción total, inclusive una semana después de haber culminado el proceso de intervención. Se resaltan cambios evidenciados especialmente en el participante 2 quien llevaba 40 años jugando, mientras el participante 4 llevaba 6 años hasta la fecha de la investigación. Los estudios sugieren que las intervenciones cognitivo-conductuales, intervenciones motivacionales y la desensibilización sistemática imaginada pueden ser efectivas para el juego patológico.

Con respecto a las limitaciones de la presente investigación es importante aplicar los tratamientos a un grupo más amplio de participantes, con el fin que los resultados tengan mayor consistencia y validez. Así mismo es necesario realizar seguimientos luego de la intervención, en tiempos más amplios (como lo sugiere en general la literatura) para determinar y corroborar si existen recaídas con las estrategias de intervención utilizadas. Igualmente para incrementar la validez de este tipo de resultados se sugiere hacer un estudio minucioso de las características de los jugadores patológicos, con el fin que se logre mantener patrones similares de conducta en ambos grupos. Es importante ampliar el tiempo de exposición in vivo ante los estímulos discriminativos de la conducta de juego, dado que la literatura muestra mayor cantidad de tiempo en exposición, con resultados favorables inclusive con una sola estrategia de tratamiento (como por ejemplo EVPR).

Finalmente, dado que en Colombia es pobre la investigación respecto al juego patológico, se requiere especificar en las características contextuales típicas de la región cultural, que incrementan la conducta de juego; así como especificar en tipos de tratamiento que incluyan tratamientos cognitivos que han sido internacionalmente aprobados en cuanto a la efectividad, y tener en cuenta también factores que precipiten las recaídas luego de las intervenciones, para evidenciar si correlacionan con los datos que se tienen a nivel internacional.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA)(1995). DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson.
- Bahamón, V, M. (2006). Juego patológico: revisión del tema. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(3), 380-399.
- Ballesteros,B.P., Novoa, M.M., Caycedo,C. & García, D.R (2006). Análisis funcional de casos de conductas de juego en niños y jóvenes de Bogotá, Colombia. *Adicciones*, 18, 73-86.
- Cano, V.H., y Pérez, J.A (2010). La ludopatía y los empleados en la Universidad de San Buenaventura, Seccional de Medellín, Colombia -2010. *AGO.USB Medellín-Colombia* 10(2), 451-479
- Ciarrocchi, J.W. (2001). Counseling problem gamblers. A self- Regulation Manual for individual and Family Therapy. Academic Press. Loyola College. Baltimore, Maryland.
- Echeburua, E., Baez, C. y Fernandez-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long term outcome. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 24, 51-72.
- Echeburúa, E., Fernández – Montalvo, J. y Báez, C. (1999). Prevención de Recaídas en la Terapia de Juego Patológico: Eficacia Diferencial de Tratamientos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25(101), 375-403.

- Echeburúa, E., Fernández- Montalvo, J., Báez, C. (2000) El juego patológico en España: Aportaciones de un equipo de investigación en la última década (1990- 2000). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53, 641- 659.
- Fernández- Montalvo, J., Castillo, A. (2004) Repercusiones familiares del juego patológico: una revisión crítica. *Salud y Drogas*, 4, 149- 166.
- Harvey, M. T., May, M. E., & Kennedy, C. H. (2004). Nonconcurrent multiple baseline designs and the evaluation of educational systems. *Journal of Behavioral Education*, 13, 267-276.
- Huang, J., Boyer, R. (2007) Epidemiology of youth gambling problems in Canada: A National Prevalence Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 657-665.
- Hodgins, D. C., & Peden, N. (2008). Cognitive-behavioral treatment for impulse control disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, S31-S40.
- Lai, F., Ip, A., MC Lee, T. (2011). Impulsivity and Pathological gambling among Chinese: Is it a state or a trait problem? *BMC Research Notes* 4: 492.
- Muñoz-Molina, Y (2008). Meta-análisis sobre juego patológico 1997-2007. *Revista de Salud Pública*, 10, 150-159.
- Oakley-Browne, MA., Adams P., Mobberley PM.(2004). Interventions for pathological gambling. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue. Art. No.: CD001521. The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2004, Issue 3
- Ratelle CF, Vallerand RJ, Mageau GA, Rosseau FL, Provencher P. When passion leads to problematic outcomes: a look at gambling. *Journal of Gambling studies* 2004; 20(2):105-119
- Ruíz- Pérez, J. (2009). Juego Patológico en usuarios de casinos en Bogotá: prevalencia y relaciones con consumo de alcohol, búsqueda de sensaciones y patrones de juego. *Revista Colombiana de Psicología*, 18, 145-156.
- Shaffer, H., Hall, M., Vander, J. (1997). Estimating the Prevalence of Disordered Gambling Behavior in the United States and Canada: A Meta- analysis. *Harvard Medical School. Division on Addictions*.
- Wenzel, H. G., Øren, A., & Bakken, I. J. (2008). Gambling problems in the family—A stratified probability sample study of prevalence and reported consequences. *BMC public health*, 8(1), 412.